

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 16, No. 1

Marzo 1995

Planificación de un sistema de vigilancia en salud pública

Steven M. Teutsch, M.D., M.P.H.
Stephen B. Thacker, M.D., M.Sc.

*Oficina del Programa de Epidemiología
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)
Atlanta, Georgia - E.U.A.*

La vigilancia en salud pública es la recopilación, el análisis y la interpretación, en forma sistemática y constante, de datos específicos sobre resultados para utilizarlos en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública (1). Un sistema de vigilancia incluye la capacidad funcional para recopilar y analizar datos y difundirlos en forma oportuna a las personas capaces de emprender actividades de prevención y control eficaces. Si bien la esencia de todo sistema de vigilancia radica en la recopilación, el análisis y la difusión de datos, el proceso sólo puede entenderse a la luz de su utilidad para tratar resultados específicos relacionados con la salud.

Evolución del concepto de vigilancia

Langmuir definió el término "vigilancia de las enfermedades" como la recopilación, el análisis y la difusión de datos sobre enfermedades específicas (2). Esta definición no incluía la responsabilidad directa por las actividades de control. En 1965, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la unidad de vigilancia epidemiológica en la División de Enfermedades Transmisibles de dicha organización (3), e incluyó "el estudio epidemiológico de las enfermedades como proceso dinámico". En 1968, la 21a Asamblea Mundial de la Salud, con el liderazgo de Langmuir y Raska, se centró en la vigilancia nacional y mundial de las enfermedades transmisibles y proclamó las tres características principales de la vigilancia: a) la recopilación sistemática de los datos apropiados, b) el agrupamiento y la evaluación ordenada de dichos datos y c) la difusión inmediata de los resultados a los que necesitan conocerlos, sobre todo quienes están en condiciones de tomar decisiones (4). En la Asamblea también se trató la aplicación del concepto a otros problemas de salud pública

aparte de las enfermedades transmisibles (5). Además, se dijo que la "vigilancia epidemiológica" entraña "...la responsabilidad de hacer un seguimiento para cerciorarse de que se hayan tomado medidas eficaces". Desde aquel entonces, se sometió a vigilancia una amplia gama de eventos relacionados con la salud, como la intoxicación infantil por plomo, la leucemia, las malformaciones congénitas, los abortos, los traumatismos y los factores de riesgo conductuales (6).

La vigilancia en la práctica de la salud pública

La práctica de la salud pública puede dividirse en las siguientes actividades: vigilancia; investigación epidemiológica, conductual y de laboratorio; servicio (incluida la evaluación de programas) y capacitación. Los datos obtenidos con la vigilancia deben utilizarse para detectar necesidades de investigación y servicio que, a su vez, ayudan a delinear los requisitos de capacitación. A menos que los datos se difundan entre quienes determinan políticas y establecen programas, su utilidad se verá limitada a los archivos y las investigaciones académicas y se los considerará, acertadamente, como información en salud, antes que datos de vigilancia. Sin embargo, la vigilancia no incluye ni la investigación epidemiológica ni el servicio, que constituyen actividades de salud pública afines pero independientes, que pueden o no basarse en aquella. Es así como la investigación y la ejecución de programas asistenciales quedan fuera de los límites de la práctica de la vigilancia.

Debido a esta separación entre la vigilancia y la investigación, la palabra "epidemiológica" no debe emplearse para modificar el término "vigilancia" (1). La expresión "vigilancia en salud pública" define el alcance (vigilancia) y el contexto (salud pública) de ese tipo de

EN ESTE NUMERO...

- Planificación de un sistema de vigilancia en salud pública
- I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública y XVI Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP)
- La rabia humana en las Américas
- Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión

actividades; además, así se evita el tener que acompañar cualquier mención del término "vigilancia epidemiológica" con una lista de todos los ejemplos que el mismo no abarca. La vigilancia es, apropiada y necesariamente, un componente de la práctica de la salud pública, y se la debe seguir reconociendo como tal. Debido a su estrecho vínculo con las medidas de salud pública, y a su objetivo de proveer información para la acción, la vigilancia está directamente asociada a los funcionarios responsables por la salud de la población.

Usos de los datos de la vigilancia en salud pública

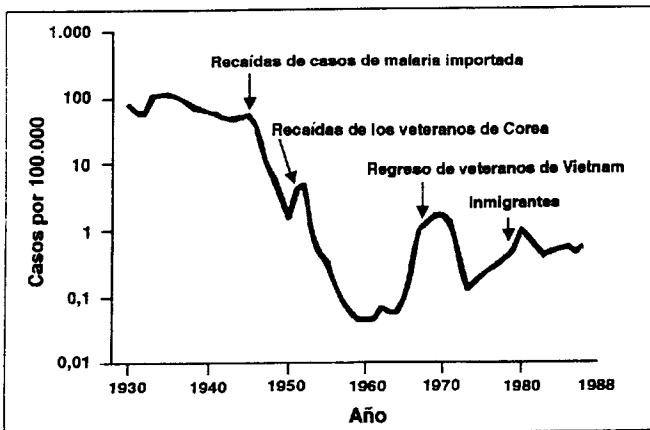
La vigilancia tiene muchos usos (Cuadro 1). La historia natural de la malaria puede demostrarse a través de la vigilancia de las tasas de esta enfermedad en los Estados Unidos desde 1930.

Cuadro 1
Usos de la vigilancia

- ◆ Estimación cuantitativa de la magnitud de un problema de salud
- ◆ Representación de la historia natural de la enfermedad
- ◆ Detección de epidemias
- ◆ Documentación de la distribución y propagación de un fenómeno de salud
- ◆ Facilitar la investigación epidemiológica y de laboratorio
- ◆ Comprobación de hipótesis
- ◆ Evaluación de las medidas de control y prevención
- ◆ Monitoreo de los cambios en los agentes infecciosos
- ◆ Monitoreo de las actividades de aislamiento
- ◆ Detección de cambios en la práctica de salud
- ◆ Planificación

En los años cuarenta, esa enfermedad seguía siendo un problema sanitario endémico en el sureste del país, pero sus tasas fueron disminuyendo hasta principios de los cincuenta, época en la cual los militares destinados a la guerra de Corea regresaron enfermos de malaria. Luego se reanudó la tendencia general decreciente de los casos notificados de malaria, que siguió en los sesenta, oportunidad en la que se registró un nuevo aumento, esta vez debido a los militares que regresaban de la guerra de Vietnam. Desde entonces, la cantidad de casos notificados de malaria (entre los inmigrantes y también entre los estadounidenses que viajan al extranjero) ha seguido creciendo (Ver Figura 1).

Figura 1
Tasas de Malaria, por año - Estados Unidos, 1930-1988



Los datos de la vigilancia también pueden utilizarse para detectar epidemias. Por ejemplo, durante el programa de inmunización contra la influenza porcina en 1976, se estableció un sistema de vigilancia para detectar las reacciones adversas relacionadas con la aplicación de la vacuna (7). Trabajando en forma conjunta con los departamentos de salud estatales y locales, los CDC lograron detectar una epidemia de síndrome de Guillain-Barré, lo que llevó rápidamente a la clausura del programa que había vacunado a 40.000.000 de estadounidenses. Sin embargo, la mayoría de las epidemias no se detectan mediante un análisis de esta índole sobre los datos recopilados en forma corriente, sino por medio de la destreza y la atención de los clínicos y los funcionarios de salud pública de la comunidad. Cuando se observa un hecho extraño en la salud de una comunidad, la vigilancia organizada que se impulsa desde el departamento de salud brinda la infraestructura que permite transmitir la información necesaria para facilitar una respuesta oportuna y apropiada.

La distribución y la propagación de una enfermedad pueden documentarse con los datos de vigilancia, por ejemplo, los datos específicos sobre el cólera (intra o interpaíses); sin embargo, no deben olvidarse las diferencias que existen entre los sistemas de recopilación de datos de distintas jurisdicciones. Las estadísticas sobre mortalidad por cáncer en los Estados Unidos también fueron mapeadas a nivel de municipio, para detectar una serie de características geográficas sobre las que pueden sustentarse distintas hipótesis en cuanto a etiología y riesgo (8). El reconocimiento de tales conglomerados puede conducir a una investigación epidemiológica o de laboratorio adicional; a veces, las personas identificadas por medio de la vigilancia se emplean como sujetos de estudios epidemiológicos.

Los datos de vigilancia también pueden emplearse para comprobar distintas hipótesis. Por ejemplo, en 1978 el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos anunció un programa de eliminación del sarampión que incluía una decidida campaña para vacunar a los niños en edad escolar. Debido a este programa y a las leyes de distintos estados, que les vedaban el acceso a la escuela a los alumnos que no se habían vacunado, los CDC predijeron un cambio en la edad de los casos notificados de sarampión. Antes del comienzo del programa, la mayor incidencia de casos notificados se daba en los niños de 10 a 14 años de edad. Tal como se previó, ni bien se puso en vigencia la política de exclusión escolar, el número de casos no sólo disminuyó, sino que además la mayor incidencia pasó de los niños en edad escolar a los de edad preescolar.

Los datos recopilados en forma rutinaria permiten analizar, sin estudios especiales, el efecto de una política sobre la salud. Por ejemplo, a la introducción de la vacuna de poliovirus inactivados en los Estados Unidos en los años cincuenta le siguió una caída abrupta del número de casos notificados de poliomiелitis parálitica, caída que se hizo aún más pronunciada en la década siguiente, con la introducción de la vacuna oral.

El empleo de los datos de vigilancia facilitó el seguimiento de los cambios causados por los agentes infecciosos. El Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Nosocomiales se utilizó para vigilar los cambios que, en relación con las características de resistencia a los antibióticos, registraron los agentes infecciosos vinculados con los pacientes hospitalizados.

El empleo cada vez mayor de distintas tecnologías y prácticas en el cuidado de la salud se ha convertido en tema de creciente preocupación en los últimos diez años; los datos obtenidos a partir de la vigilancia sirven tanto para planificar la investigación, para conocer las causas de dichos cambios, como para hacer un seguimiento del efecto que esos cambios de prácticas y procedimientos tienen en los resultados y los costos relacionados con el cuidado de la salud (9).

Por último, los datos de vigilancia son útiles para la planificación. Si cuentan con información acerca de los cambios en cuanto a la estructura poblacional o la naturaleza de los problemas capaces de afectar a una población, los funcionarios pueden planificar en forma más eficaz los servicios de salud y las actividades preventivas apropiadas.

Objetivos de un sistema de vigilancia

La planificación de un sistema de vigilancia comienza con una comprensión clara del propósito de dicha actividad (Cuadro 2). Dentro de la salud pública, se puede recurrir a la vigilancia para alcanzar distintos objetivos, incluida la evaluación del estado de la salud pública, el establecimiento de las correspondientes prioridades, la evaluación de programas y la realización de actividades de investigación.

Cuadro 2
Pasos en la planificación de un sistema de vigilancia

1. Establecer objetivos
2. Formular las definiciones de casos
3. Determinar la fuente de datos o el mecanismo de recolección de datos (tipo de sistema)
4. Elaborar los instrumentos de recolección de datos
5. Pruebas de campo de los métodos
6. Preparar y probar el plan de análisis
7. Establecer el mecanismo de difusión
8. Garantizar el uso del análisis y la interpretación

La vigilancia, por su propia naturaleza, está orientada y se enfoca en diferentes resultados asociados con problemas de salud o con sus antecedentes inmediatos. Estos incluyen la frecuencia de una enfermedad o lesión (medida por lo general en términos de número de casos, incidencia o prevalencia), su gravedad (medida por letalidad y las tasas de hospitalización o mortalidad, o bien por la discapacidad) y sus efectos (en términos de costos). En los casos en que los resultados relacionados con la salud se vinculan claramente con factores de riesgo o con procedimientos específicos, a menudo conviene más medir estos últimos, porque son más frecuentes (y, por ende, más fáciles de medir en pequeñas poblaciones) y porque guardan una relación más estrecha con las intervenciones de salud pública. Por ejemplo, la mamografía, unida a un seguimiento apropiado, es la principal estrategia de prevención para reducir la mortalidad debida al cáncer de mama. El nivel de utilización de la mamografía por parte de las mujeres puede controlarse periódicamente, razón por la cual se lo debe considerar como un indicador más oportuno del efecto de los programas preventivos de salud pública que la medición de la mortalidad causada por el cáncer de mama. Asimismo, los datos obtenidos con la

vigilancia deberían facilitar la puesta en práctica de esfuerzos de prevención dirigidos a los grupos que recurren poco a la mamografía. Además, la utilización excesiva de dicho procedimiento por parte de algunos grupos de la población (por ejemplo, las mujeres de menos de 35 años de edad que no tienen otros factores de riesgo) podría servir para estimular esfuerzos para la reducción de los procedimientos innecesarios.

Los problemas de salud de alta prioridad deben someterse a vigilancia empleándose para eso, métodos tanto cuantitativos como cualitativos. En el Cuadro 3 se indican algunos factores cuantitativos. Además, los criterios basados en un proceso de consenso para identificar problemas de alta prioridad pueden llegar a detectar cuestiones o problemas incipientes que de otro modo podrían no considerarse. El proceso de consenso que condujo a los objetivos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades para el año 2000 en los Estados Unidos es un ejemplo de mecanismo para identificar problemas, tipos de comportamiento e intervenciones de alta prioridad que requieren un seguimiento constante (10).

Cuadro 3
Criterios para la identificación de problemas prioritarios de salud para la vigilancia

- ◆ Frecuencia
 - Incidencia
 - Prevalencia
 - Mortalidad
 - Años de vida potencial perdidos
- ◆ Gravedad
 - Letalidad
 - Tasa de hospitalización
 - Tasa de discapacidad
- ◆ Costos
 - Costos directos e indirectos
- ◆ Posibilidad de prevención
- ◆ Transmisibilidad
- ◆ Interés público

Por estar impulsada por la necesidad de conocer las enfermedades y lesiones que afectan a la comunidad para reaccionar en forma apropiada, la vigilancia de salud pública es, intrínsecamente, una ciencia aplicada. Por lo tanto, a medida que evoluciona, por lo general se recurre a ella solamente en los casos en que se presume con razonable certeza que se tomarán medidas de control según resulte apropiado. Para muchas enfermedades, el nexo entre la vigilancia y las medidas prácticas es obvio (por ejemplo, la profilaxis de la meningitis meningocócica para los contactos de pacientes a los cuales se les diagnosticó meningitis). Para las enfermedades incipientes, como el síndrome de eosinofilia-mialgia, existe la necesidad imperiosa, a nivel de salud pública, de detectar los casos correspondientes para determinar la magnitud del problema, identificar su modo de propagación y tomar las medidas apropiadas.

Generalmente, los datos de vigilancia se complementan con estudios adicionales para determinar en forma más precisa las causas, la historia natural, los factores de predisposición y los modos de transmisión relacionados con el problema de salud. Sin embargo, no conviene emprender

tareas de vigilancia únicamente con fines de investigación. A menudo, las necesidades de investigación se satisfacen mejor por otros métodos más exactos (y, con frecuencia, más costosos) de identificación de casos (como los registros, por ejemplo), que permiten una recopilación más detallada de datos y un seguimiento más minucioso de los casos. Cabe citar a los registros de la diabetes de tipo I, que si bien pueden tener valor con fines de vigilancia, se justifican principalmente porque satisfacen necesidades de investigación.

La utilización constante de dichos datos en la práctica de salud pública es más limitada. Tanto los escasos recursos a nivel de salud pública como los esfuerzos que realizan los prestadores de atención sanitaria para notificar los casos deben centrarse en problemas cuya importancia para la salud pública sea evidente, al igual que la necesidad de tomar medidas a ese nivel.

Una de las principales funciones de la vigilancia es la evaluación del estado general de salud de una comunidad. Una forma de abordar esta cuestión es la elaboración e identificación de un conjunto de indicadores para medir los principales componentes de dicho estado. En los Estados Unidos se estableció un conjunto para ser utilizado a nivel nacional, estatal y municipal (11).

Métodos

Una vez identificados el propósito y la necesidad de establecer un sistema de vigilancia, se deben determinar y poner en práctica los métodos para obtener, analizar, difundir y utilizar la información.

Los sistemas de vigilancia funcionan en forma ininterrumpida y requieren de la cooperación de muchas personas. El sistema debe ser aceptado por quienes contribuyen a su éxito y debería ser suficientemente flexible como para satisfacer las necesidades cambiantes de la comunidad y ajustarse a los cambios de perfil de las enfermedades y las lesiones (12). Además, debe proporcionar información en forma oportuna, como para que se puedan tomar medidas al respecto. Todos estos factores deben equilibrarse cuidadosamente, para diseñar un sistema capaz de satisfacer plenamente las necesidades detectadas sin tomarse excesivamente costoso y pesado.

Definiciones de casos

La epidemiología práctica depende en gran medida de las definiciones claras de casos, que deben incluir criterios en cuanto a persona, lugar y tiempo, además de características clínicas, de laboratorio y epidemiológicas (13,14).

Si bien tanto la sensibilidad como la especificidad elevadas son características deseables, por lo general una se obtiene a expensas de la otra. Se debe encontrar un punto de equilibrio entre el deseo de contar con una alta sensibilidad y el nivel de esfuerzo que se necesita para detectar los casos falso-positivos. Además, las definiciones de los casos cambian con el tiempo. Durante los brotes o epidemias, los casos epidemiológicamente vinculados con el brote pueden aceptarse como tales, mientras que, en períodos libres de epidemias, es posible que se necesiten datos serológicos o de otra índole más específica.

Recolección de datos

La información sobre las enfermedades, las lesiones y los factores de riesgo puede obtenerse de distintas maneras. Cada mecanismo tiene características que deben valorarse a la luz del propósito del sistema. La oportunidad y la

rapidez resultan esenciales frente a enfermedades generalmente mortales, como la peste, la rabia o la meningitis meningocócica. Los sistemas de enfermedades notificables son sumamente apropiados para afecciones potencialmente catastróficas como estas, que requieren medidas urgentes. Por el contrario, la información detallada sobre las cepas de influenza o los serotipos de *Salmonella* debe provenir de los sistemas de laboratorio.

A menudo, la información existente puede proporcionar datos útiles con fines de vigilancia. Dicha información incluye la proveniente de los registros de estadísticas vitales, los sistemas administrativos, las encuestas sobre los factores de riesgo y las entrevistas de salud. En cuanto a los sistemas administrativos, tanto la información sobre los egresos hospitalarios, los sistemas de gestión y facturación médica, así como los registros policiales sobre hechos de violencia y los registros escolares sobre discapacidades o lesiones infantiles, pueden proporcionar los datos necesarios. Además, si se le hacen ciertos cambios, un sistema existente puede llegar a proporcionar esos datos en forma más económica o eficiente que otro nuevo. Si bien se los puede utilizar con fines de vigilancia, los sistemas de registros de datos existentes no constituyen en sí mismos sistemas de vigilancia, ya que ésta implica un proceso más amplio que supone el análisis, la interpretación y el empleo de la información, actividades éstas que están ausentes de la mayoría de éstos sistemas.

Los registros existentes o las encuestas sistemáticas pueden recopilar información sobre determinadas poblaciones. En la medida en que el problema de interés se distribuya de manera uniforme, el grupo estudiado sea razonablemente representativo y la información recolectada sea oportuna, dichos sistemas constituirán fuentes de datos valiosas. Si bien muchos registros se crean con fines de investigación, a menudo proporcionan datos útiles para la vigilancia. En particular, se ha recurrido mucho a los registros sobre el cáncer (15).

Mientras que una red de proveedores centinelas también puede recopilar información sobre enfermedades comunes, como la influenza, los proveedores más especializados pueden proporcionar datos sobre enfermedades menos comunes (por ejemplo, los oftalmólogos, que ofrecen información sobre el tratamiento de la retinopatía diabética).

Estandarización

Los instrumentos de recolección de datos deben emplear, para cada elemento de información, formatos generalmente aceptados y, donde sea apropiado, computadorizados, para facilitar su análisis y su comparación con la información obtenida con otros sistemas (por ejemplo, los datos de los censos y otros datos de la vigilancia). Se debería prestar especial atención a la posibilidad de utilizar elementos identificadores. Si bien se requieren garantías adicionales en cuanto a confidencialidad y privacidad, la capacidad de vincular los datos con otros registros aumenta el valor del sistema de vigilancia.

Pruebas de campo

Es importante diseñar cuidadosamente los sistemas y procedimientos de vigilancia, y ensayarlos en el terreno, para facilitar la implementación de sistemas factibles y evitar el tener que hacer cambios conforme los mismos se van estableciendo en gran escala. Hay que desarrollar y ensayar tanto los datos a ser recolectados por un sistema

de vigilancia, como las fuentes y los métodos de recolección correspondientes y los procedimientos de manejo de la información. La frustración que produce un sistema nuevo y mal implantado puede llegar a neutralizar los esfuerzos que se llevan a cabo para mejorar los sistemas existentes o para utilizarlos en relación con la misma enfermedad o con otras. Estas pruebas de campo permiten demostrar la facilidad con la que se puede obtener la información, y detectar las dificultades relacionadas con los procedimientos de recolección de datos o con el contenido de interrogantes específicos. Los análisis de la información obtenida con estas pruebas también pueden detectar problemas relacionados con los datos recolectados. Los sistemas de vigilancia, que se utilizan como modelos, pueden facilitar el examen y la comparación de distintos métodos que no serían factibles en una escala demasiado grande; además, permiten identificar métodos apropiados para otras enfermedades u otros ámbitos.

Análisis de datos

La determinación del enfoque analítico apropiado en relación con los datos debe ser parte integral de la planificación de todo sistema de vigilancia. Hay que evaluar la información que se necesita para responder a los principales interrogantes, a fin de asegurarse de que tanto la fuente de los datos como el correspondiente proceso de recolección sean adecuados. Los análisis podrían llegar a ser algo tan sencillo como un examen continuo de todos los casos de enfermedades poco comunes pero potencialmente devastadoras, como la peste. Sin embargo, en la mayoría de las enfermedades, a la evaluación del número de casos y las tasas correspondientes le sigue la descripción de la población en la cual se da la enfermedad (persona), el sitio donde ocurre (lugar) y el período correspondiente (tiempo). Para estos análisis básicos se deben tomar decisiones sobre el tipo de información que hay que obtener. El nivel de detalle necesario varía mucho de una enfermedad a otra. Por ejemplo, es probable que se necesite información más detallada sobre la población carente de cuidado prenatal que sobre la expuesta a la meningitis meningocócica, porque la situación nombrada en primer término posiblemente exija un tipo más complejo de intervención y una mayor comprensión de factores socioeconómicos. Asimismo, la forma de recolectar datos sobre zonas geográficas puede depender de si esa información se va a estudiar a nivel municipal, estatal o de las unidades censales.

La mayoría de los sistemas de vigilancia actuales se mantienen en forma electrónica. Los tipos de equipos y programas de computación necesarios dependen de las clases de análisis que se van a realizar y el tamaño de las bases de datos. A medida que las computadoras personales se tornan más poderosas, la capacidad de los dispositivos de almacenamiento de datos sigue creciendo y los sistemas para compartir datos (como las redes de área local y amplia) se tornan cada vez más accesibles, aumenta el número de sistemas de vigilancia que se pueden manejar desde computadoras personales. Ahora resulta muy fácil obtener programas de computación que satisfacen las necesidades analíticas más elementales para las actividades de vigilancia, incluida la posibilidad de trazar mapas y gráficos. A menudo, el enfoque analítico indica la realización de un conjunto básico de análisis en forma sistemática, análisis que deben diseñarse en las etapas

iniciales de desarrollo del sistema para luego incorporarse en un método automatizado, susceptible de ser manejado por personal de apoyo.

Interpretación y difusión

Los datos deben analizarse y presentarse en forma eficaz, para que los encargados de tomar decisiones en todos los niveles puedan ver y comprender fácilmente lo que dicha información entraña. Dentro de una amplia gama de sistemas de comunicaciones, se puede optar por uno en particular si se conocen las características del público a quien se dirige la información y la forma en que ésta podría ser utilizada por aquel. Debería planificarse y garantizarse el acceso normal y público a los datos, respetando las limitaciones en cuanto a privacidad. Dicho acceso puede facilitarse con distintos medios electrónicos, que van desde los sistemas con características que permiten realizar análisis estructurados, y que son aptos para el público en general, hasta los ficheros de datos en bruto para personas capaces de realizar análisis especiales o más detallados.

Sin embargo, los principales usuarios de la información obtenida con la vigilancia son los profesionales de la salud pública y los prestadores de servicios de salud. La información dirigida principalmente a esas personas debe incluir los análisis y la interpretación de los resultados de las actividades de vigilancia, junto con recomendaciones basadas en los datos obtenidos con dichas actividades. Debe hacerse amplio uso de gráficos y mapas para facilitar la revisión rápida y la comprensión de los datos. Los medios de comunicación constituyen un "público" secundario valioso, que puede utilizarse para ampliar los mensajes que encierra la información obtenida con la vigilancia. Esos medios masivos desempeñan un papel importante en la presentación y aplicación de los mensajes sobre salud. Hay que estudiar nuevos métodos para presentar la información aprovechando al máximo la tecnología audiovisual actual.

Evaluación

La planificación, al igual que la propia vigilancia, es un proceso repetitivo que exige la reevaluación periódica de objetivos y métodos (12). La pregunta fundamental a la que se debe responder en relación con la evaluación es la de saber si se han satisfecho los propósitos del sistema de vigilancia. ¿Generó el sistema las respuestas necesarias a los problemas? ¿Resultó oportuna la información? ¿Tuvo utilidad para planificadores, investigadores, prestadores de atención sanitaria y profesionales de la salud pública? ¿Cómo se utilizó la información? ¿Valió realmente la pena el esfuerzo? Quienes participaron en el sistema, ¿estarían dispuestos a seguir haciéndolo? ¿Qué puede hacerse para mejorar las características del sistema (su oportunidad, sencillez, flexibilidad, aceptabilidad, sensibilidad, valor de predictivo positivo y representatividad)?

Las respuestas a estas preguntas servirán de base para posteriores tareas de revisión del sistema. Los cambios pueden ser menores (por ejemplo, el agregado de elementos de datos a los formularios existentes) o profundos (como la necesidad de obtener información a partir de otras fuentes de datos). Por ejemplo, un método para determinar la utilización de la mamografía puede estar basado en los sistemas administrativos de facturación; sin embargo, la existencia de problemas relacionados con los informes de múltiples exámenes mamográficos para la misma paciente podría llevar a la incorporación de identificadores personales para las

pacientes, o de preguntas sobre la utilización de la mamografía a partir de los informes personales basados en los cuestionarios de las entrevistas de salud.

Con una evaluación rigurosa y periódica se garantiza que los sistemas de vigilancia conserven su dinamismo. Hay que eliminar o simplificar los sistemas que evalúan los problemas de interés puramente histórico, para reducir la carga de la notificación. Los sistemas contemporáneos deben aprovechar la aparición de nuevas tecnologías para la recolección, el análisis y la difusión de la información, y sacar provecho de los nuevos sistemas de información. Por ejemplo, los métodos de vigilancia centinela se han vuelto más flexibles para poder abarcar distintas cuestiones. Tanto los registros médicos electrónicos como las bases de datos clínicos estandarizados brindan datos cuya obtención, de otro modo, resulta onerosa o difícil (16). Además, esas fuentes de información proporcionan datos en forma más oportuna y permiten hacer un seguimiento de los casos individuales, cosa que de otro modo sería prácticamente imposible de hacer.

Participación de las partes interesadas en la vigilancia

Prácticamente todos los sistemas de vigilancia incluyen redes de organizaciones e individuos. La vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria depende de que los prestadores de atención sanitaria, incluidos los clínicos, los hospitales y los laboratorios, envíen informes a los departamentos sanitarios locales, sobre quienes recae la responsabilidad inicial de responder a los informes y reunir datos.

Por su parte, los programas relacionados con los traumatismos y las enfermedades crónicas y ambientales también pueden tener estructuras orgánicas complejas, y abarcar una amplia gama de grupos externos (sean éstos de profesionales o de voluntarios interesados), cuyas necesidades deben satisfacerse. Los sistemas permanentes de información, como los registros civiles, los programas de hospitalización y los registros de enfermedades, pueden arrojar cierta información básica relacionada con la vigilancia. Sin embargo, en muchos casos los sistemas correspondientes se deben establecer en lugares exclusivos (por ejemplo, centros de rehabilitación y servicios médicos de urgencias para lesiones de la médula espinal, o centros radiológicos para mamografías). El apoyo y el interés de estos grupos tienen valor en relación con el establecimiento de los sistemas; de hecho, dichos grupos pueden proporcionar información clave en lo que hace a los fines de esos sistemas y sus usuarios, y ofrecer asistencia en cuanto al desarrollo de los mismos.

Las complejas relaciones entre estas unidades orgánicas y sus elementos constitutivos exigen una comunicación abierta para establecer prioridades y métodos acordes con las necesidades y los recursos de cada grupo. El deseo contrapuesto de contar con información más detallada debe sopesarse a la luz de la carga y el costo que ello implica, y del grado de utilidad que puede llegar a tener la recolección de una gran cantidad de datos.

Por ejemplo, los sistemas electrónicos capaces de suministrar mejor calidad y datos más completos en forma más oportuna también implican un compromiso en cuanto a equipos, capacitación y cambios en las actividades diarias, compromiso que puede llegar a penetrar todos los niveles del sistema. Se deben comprender las necesidades de

información de cada grupo receptor de los datos, y evaluar y garantizar el compromiso de esos grupos con el sistema. También es fundamental prestar atención a la mejor forma de integrar en el sistema general los elementos que lo componen, en términos de operaciones diarias.

El éxito de la vigilancia depende en gran medida de la calidad de los datos incorporados en el sistema y del valor que la información tiene para sus presuntos usuarios. Para obtener el apoyo al sistema de vigilancia por parte de los responsables de las políticas, las agrupaciones de voluntarios y profesionales, los investigadores y otros grupos, es necesario comprender cómo ellos pueden usar los datos de la vigilancia.

El futuro de la vigilancia en salud pública

Conforme se acerca el año 2000, se espera que varias actividades hagan su aporte a la evolución de la vigilancia en salud pública. Ante todo, la práctica de esa disciplina se vio revolucionada por el empleo de la computadora (sobre todo de la microcomputadora). Ahora es posible imaginar la existencia de redes de computación para vincular a los departamentos de salud locales y provinciales con los funcionarios nacionales e internacionales. Tales redes permitirán compartir no sólo datos, sino también análisis gráficos. El sistema Minitel actualmente utilizado en Francia ya demostró cuán útil resulta vigilar, desde una oficina, distintas enfermedades de importancia para la salud pública (17).

La segunda área de renovada actividad en relación con la vigilancia es la del análisis epidemiológico y estadístico. Una consecuencia del empleo de computadoras es la posibilidad de utilizar herramientas sofisticadas en forma más eficaz para detectar cambios en las tendencias de los problemas sanitarios. En los años ochenta, las aplicaciones y los métodos de análisis de series cronológicas y otras técnicas permitieron realizar una interpretación más significativa de los datos reunidos con la vigilancia (18). A medida que se vayan desarrollando, se seguirán utilizando técnicas más sofisticadas en el campo de la salud pública.

Hasta hace poco, los datos de vigilancia se difundían, por lo general, en forma de documentos escritos publicados periódicamente por los organismos gubernamentales. Si bien se seguirán produciendo informes en papel y los funcionarios del área de la salud pública seguirán perfeccionando el empleo de elementos impresos, también se está empezando a recurrir a los medios electrónicos para difundir los datos de vigilancia. El empleo más eficaz de dichos medios, junto con todas las demás herramientas de comunicaciones, debería facilitar el empleo de aquellos datos para la práctica de salud pública. Sin embargo, el fácil acceso a información detallada sobre las personas seguirá suscitando inquietudes de índole ética y jurídica, y eso puede llegar a limitar la disponibilidad de datos que podrían tener importancia para la salud pública.

Además, el desarrollo de métodos para controlar las enfermedades crónicas, la salud ambiental y ocupacional y los traumatismos, seguirá planteando un gran reto en el campo de la salud pública.

Un elemento más fundamental llamado a impulsar el desarrollo ininterrumpido de la vigilancia es el hecho de que, cada vez más, la gente tiende a considerar a la vigilancia de salud pública como una actividad científica (19). La apreciación cada vez mayor de la necesidad de rigor en la práctica de esa actividad permitirá mejorar la

calidad de los correspondientes programas, facilitándose así el análisis y el empleo de los datos de vigilancia. Con este método más vigoroso, la práctica de aquella actividad se podrá evaluar con mayor frecuencia y calidad (12).

Por último, y posiblemente se trate también del elemento más importante, los responsables de las políticas deben recurrir a la vigilancia con mayor asiduidad y en forma más concienzuda. Los epidemiólogos no sólo tienen que mejorar la calidad del análisis, la interpretación y la publicación de datos que producen en relación con la salud pública, sino que además deben escuchar a las personas que tienen el poder de establecer las políticas, para saber qué es lo que estimula su interés y qué las lleva a tomar medidas. A la luz de esta evaluación, la información obtenida con la vigilancia se puede armar como para presentarla en su forma más útil y en el plazo necesario al público apropiado. A su vez, a medida que los datos vayan adquiriendo cada vez mayor utilidad en relación con la toma de decisiones y se comprenda mejor qué es lo que resulta esencial para ese proceso, se estará elevando la vigilancia en salud pública a un nuevo y mayor nivel de importancia.

Sin embargo, hoy por hoy, el reto esencial para la vigilancia en salud pública se sigue planteando en relación con la forma de asegurar su utilidad. Para poder hacer eso bien, se necesita una cabal comprensión de los principios de la vigilancia, el papel orientador que la misma cumple en relación con la investigación epidemiológica y la forma en que influencia a otros aspectos de la misión general de la salud pública. Se deben desarrollar métodos analíticos para la vigilancia en salud pública; la tecnología informática tiene que utilizarse para recopilar y analizar datos en forma eficiente y mostrarlos en forma gráfica; las inquietudes de índole ética y jurídica deben ser manejadas de forma efectiva; el empleo de los sistemas de vigilancia tiene que reevaluarse en forma periódica, y los principios correspondientes se deben aplicar a las nuevas áreas de la práctica de la salud pública.

Referencias

1. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev* 1988;10:164-90.
2. Langmuir AD. The surveillance of communicable diseases of national importance. *N Engl J Med* 1963;268:182-92.
3. Raska K. National and international surveillance of communicable diseases. *WHO Chron* 1966;20:315-21.
4. National and global surveillance of communicable disease. Report of the technical discussions at the Twenty-First World Health Assembly. A21/Technical Discussions/5. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, May 1968.
5. Report for drafting committee. Terminology of malaria and of malaria eradication. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1963.
6. *Int J Epidemiol*. 1976;5:3-91.
7. Retailliau HF, Curtis AC, Starr G *et al*. Illness after influenza vaccination reported through a nationwide surveillance system, 1976-1977. *Am J Epidemiol* 1980;111:270-8.
8. Mason TJ, Fraumeni JF, Hoover R, Blot WJ. An atlas of mortality from selected diseases. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. NIH Publication No. 81-2397, May 1981.
9. Thacker SB, Berkelman RL. Surveillance of medical technologies. *J Pub Health Pol* 1986;7:363-77.
10. Healthy People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, 1991. DHHS Pub. No. (PHS) 91-50212. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
11. Centers for Disease Control. Consensus set of health status indicators for the general assessment of community health status - United States. *MMWR* 1991;40:449-51.
12. Centers for Disease Control. Guidelines for evaluating surveillance systems. *MMWR* 1988;37(Suppl No. S-5):1-20.
13. Chorba TL, Berkelman RL, Safford SK, Gibbs NP, Hull HF. Mandatory reporting of infectious diseases by clinicians. *JAMA* 1989;262:3018-26.
14. Centers for Disease Control. Case definitions for public health surveillance. *MMWR* 1990;39(No.RR-13):1-43.
15. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures - 1991. American Cancer Society. 1991.
16. Ellwood PM. Outcomes management. A technology of patient experience. *N Engl J Med* 1988;318:1549-1556.
17. Valleron AJ, Bouvet E, Garnerin *et al*. A computer network for the surveillance of communicable diseases: the French experiment. *Am J Public Health* 1986;76:1289-92.
18. Stroup DF, Wharton M, Kafadar K, Dean AG. An evaluation of a method for detecting aberrations in public health surveillance data. *Am J Epidemiol* 1993;137:373-80.
19. Thacker SB, Berkelman RL, Stroup DF. The science of public health surveillance. *J Public Health Pol* 1989;10:187-203.

IV Congreso Cubano de Higiene y Epidemiología II Taller Nacional de Neuropatía Epidémica en Cuba

La Sociedad Cubana de Higiene y Epidemiología ha enviado a los editores del Boletín Epidemiológico, la siguiente nota:

«El IV Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología, programado para los días 25 al 28 de Octubre de 1995 ha sido pospuesto, debido a causas imprevistas, para los días 18 al 22 de Noviembre de 1996 y será realizado con los mismos objetivos ya anunciados. Lamentamos los inconvenientes que este cambio pueda provocar.

Para más información dirigirse al Secretariado Permanente del IV Congreso de Higiene y Epidemiología. Consejo Nacional de Sociedades Científicas del MINSAP. Calle L No. 406 e/23 y 25, Vedado, Plaza de La Revolución. CP #10400, La Habana 4.
FAX: (537)331422, (537)336444;
TELEX: 511983 ORTOP CU».

I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública y XVI Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAEPS)

Durante los días 14 al 17 de agosto de 1994 se realizó en Rio de Janeiro, Brasil, la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública y XVI Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAEPS). La Conferencia fue organizada por la ALAEPS y la *American Association of Schools of Public Health* (ASPH), al celebrar los 40 años de creación de la Escuela Nacional de Salud Pública/FIOCRUZ. El evento, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se destinó a debatir el papel de las Escuelas de Salud Pública del Continente ante las actuales condiciones de salud y recientes transformaciones de los sistemas de salud en casi todos los países de la Región.

El intenso programa desarrollado durante el evento y la contribución de los cerca de 120 participantes permitió que se lograran alcanzar los objetivos propuestos. Los paneles y las discusiones de grupo fueron organizados alrededor de los principales ejes temáticos de la Conferencia: Experiencias Contemporáneas y Propuestas de Reforma en el Campo de la Salud, y Enfoques Actuales de la Teoría y Práctica de la Salud Pública. Al final se emitió una declaración y se propuso establecer un proceso de cooperación entre las instituciones organizadoras, y las entidades a ellas asociadas, buscando el mutuo fortalecimiento y el desarrollo de acciones conjuntas que respondan a los enormes desafíos técnicos, sociales y políticos que para ellas se plantean en este final de milenio.

Los principales debates y los resultados más relevantes, fueron sintetizados en el Informe Final, que comprende la Declaración de Rio de Janeiro sobre Educación en Salud Pública y los Relatos Consolidados de los Paneles y de los Grupos de Trabajo. La Comisión Organizadora publicará un volumen que reunirá los textos completos de las contribuciones presentadas en la Conferencia, con el propósito de contribuir al intenso debate que se verifica entre las instituciones, investigadores, profesionales y estudiantes de salud pública de todo el Continente sobre el presente y futuro de este campo teórico-práctico, sobre sus instituciones de educación y sobre las contribuciones que han dado y pueden venir a dar para el progreso de nuestras sociedades.

A continuación se presentan sólo los relatos consolidados de las discusiones surgidas sobre los principales temas de la Conferencia, la Declaración de Rio y la propuesta de colaboración ALAEPS/ASPH.

Reformas contemporáneas en el campo de la salud: Desafíos para la salud pública

La definición de los criterios básicos que permitan orientar las "Reformas en salud", pasa por la calificación previa de los dos términos de la expresión. La cuestión salud trasciende la dimensión sectorial, por lo tanto, no puede reducirse sólo a la organización de los servicios de salud, a la atención de la salud, o a la profesión médica. Así, las propuestas de Reforma admiten diferentes formas y contenidos en función de los contextos específicos de cada país, pudiendo asumir contenidos más regresivos o más progresivos, dependiendo del poder relativo del sector salud y de la correlación de fuerzas políticas. El derecho a la salud puede ser considerado

como un parámetro adecuado para distinguir aquellas reformas que favorecen la fragmentación, la heterogeneidad y la discriminación en la atención de los conjuntos sociales, de las reformas que buscan una política pública saludable, descentralizada, democrática y con participación social.

La discusión de criterios implica reflexionar sobre valores capaces de movilizar voluntades por medio de banderas de lucha, y requiere efectuar un análisis sobre el poder en la sociedad, para identificar estrategias que permitan reducir la distancia entre principios y hechos. La defensa de la vida y de su calidad, la solidaridad social, la democracia cotidiana y las libertades, constituyen requisitos ineludibles para actores sociales relevantes. Principios como universalidad, equidad, oportunidad, descentralización, participación, eficiencia, efectividad, flexibilidad, entre otros, conquistaron amplias fajas de acuerdo, por encima de variaciones menores en cuanto al significado que se les atribuye.

En el caso de la responsabilidad del Estado frente al derecho a la salud, se destacan las funciones de facilitar y asegurar la prestación de servicios, de formular políticas, considerando la presión organizada de la sociedad civil y, principalmente, de regular las relaciones entre lo público y lo privado. El énfasis en la intersectorialidad, la búsqueda de nuevas prácticas de salud, la necesidad de incorporar democráticamente a los usuarios (con sus derechos y deberes relativos al modo de vida, al autocuidado y a la promoción de la salud), así como la defensa de la ética en la política y en la gestión de salud, constituyen directrices que deben ser consideradas en la implementación de reformas en salud.

Si bien este conjunto de proposiciones ha llevado a que se postule la necesidad de una nueva salud pública, es pertinente plantearse la indagación sobre hasta qué punto las categorías clásicas de la salud pública, asociadas a las concepciones de la medicina social, podrían dar cuenta de la problemática planteada. Quizás, a lo que se asiste es a la confusión - en el plano teórico - del marco de referencia suministrado por el abordaje clásico con las insuficiencias de una práctica que no se colocó a la altura requerida por el marco conceptual.

La capacidad de respuesta del sector salud frente a la reforma, en muchos casos es limitada; principalmente, cuando la "Reforma en salud" es concebida por fuera del sector, en función de la reconversión del Estado y de su relación con la sociedad, especialmente, en el contexto de las políticas de ajuste. Preservar el capital a cualquier precio, reducir la mortalidad sin atacar la pobreza y la miseria, distribuir una "canasta básica" de servicios, ignorando la diversidad de las necesidades y valores de los diferentes conjuntos sociales, han sido las características prevaletentes en las reformas en salud de la década de los noventa. Contra esa tendencia, algunos defienden la necesidad que el sector salud aprenda a moverse en las instancias políticas, haga uso del lenguaje económico, dé énfasis a los aspectos extrasectoriales (escolaridad, información, ambiente, etc.), estimule la organización de la sociedad civil y promueva la cultura política con democratización de las relaciones entre gobierno y sociedad, en ambos sentidos. Otros, critican el abordaje

economicista y la referencia a la población o a "masas homogéneas" que fue (es) empleada por la planificación tradicional ignorando la diversidad y los valores sociales y culturales que justifican "la mejor vida posible para todos". Estos sectores entienden que la capacidad de respuesta de la salud depende de que sea asumida la complejidad intrínseca a esta problemática, lo que no será posible si se persiste en reducir el enfoque.

El énfasis en la promoción y prevención, sin por ello dejar de lado la recuperación, debe ser el propósito que guíe la acción.

La salud pública pone en evidencia un alto grado de idealización de sus cometidos, donde prevalece "el deber ser" sobre el "ser". Esto puede llevar al ocultamiento involuntario del retroceso que ocurre en el ámbito de la salud de diversos grupos sociales. El reconocimiento de la poca creatividad y de la poca crítica de la salud pública dominante, compromete el sentido de las reformas en salud, en la misma medida en que no surgen cuestionamientos de las políticas, sean estas de los organismos internacionales de cooperación técnica, sea de los organismos financiadores, muchas veces responsables de las políticas de ajuste.

Se debe destacar la necesidad de monitorear y prever cambios en el perfil epidemiológico, considerando entre los problemas de salud las enfermedades de mayor mortalidad. La atención a la morbilidad, las condiciones y el modo de vida, el bienestar, en cuanto responsabilidades compartidas por la salud pública deben ser preocupaciones permanentes del sistema de servicios de salud. Para superar parte de las debilidades que hoy aquejan al sector, es preciso desarrollar sistemas de información adecuados, particularmente del tipo que reorganiza la información para resaltar la situación de conjuntos sociales, e intensificar el registro de la morbilidad, de modo que posibilite apoyar las acciones que se dirijan al logro de la cobertura universal, la equidad y la calidad.

Otras propuestas se vinculan a reforma y abogacía o defensa de la salud. En este campo una de las funciones de las Escuelas de Salud Pública sería ayudar a la sociedad a formular juicios sustentados en información. Se diferencian tres áreas de responsabilidad:

- 1) Realizar investigaciones que documenten la naturaleza de los problemas y necesidades.
- 2) Formular estrategias para la resolución de los problemas.
- 3) Evaluar la efectividad de las reformas que se implementarán.

Se manifestaron posiciones conflictivas en relación al rol de las Escuelas de Salud Pública en lo relacionado con acción política y de abogacía. Algunos participantes consideraron que este es, en mayor medida, un rol que sus miembros deben asumir individualmente, al mismo tiempo que se subrayó que en determinadas áreas, tales como la prevención del hábito de fumar en Estados Unidos o la reforma sanitaria en Brasil, tal rol es ahora la norma. La falta de consenso y de organización política en relación a las reformas del sistema de salud han impedido una eficaz defensa de la salud. Las Escuelas de Salud Pública deberían, proporcionar a sus estudiantes capacidad política y posibilidad de formular análisis político para dotarlos de condiciones para comprometerse efectivamente en tales actividades. La búsqueda tiene por meta llegar a constituir un sistema de salud que reemplace el actual sistema de enfermedad.

Práctica en salud pública: Desafíos para la educación

La discusión se orientó sobre la reformulación del objeto de trabajo de las Escuelas de Salud Pública entendido en el más amplio sentido posible, como campo de elaboración y difusión de conocimientos, formación de recursos humanos, producción de instrumentos de intervención sobre la problemática a cargo. Se parte del supuesto que la emergencia de la crisis plantea a la Salud Pública problemas a los que sólo puede dar respuesta redefiniendo, ampliando, precisando, reformulando su objeto.

La primera cuestión se vincula a los límites que tales instituciones encuentran para verificar los cambios indispensables para dar respuesta a las nuevas exigencias. Uno de tales límites es identificado por algunos grupos con la estrecha vinculación existente entre la Escuela de Salud Pública y los Ministerios de Salud o Facultades de Medicina. En el primer caso, las Escuelas se dedican fundamentalmente a formar funcionarios para las instituciones de salud; en el segundo, estarían hegemónicas por el poder de los médicos. En ambas situaciones el comando operativo e ideológico estaría en manos de la clase médica. Otros participantes, consideraron más lógico que las Escuelas de Medicina estuvieran dentro de Escuelas de Salud Pública.

En lo relacionado con las formas de enseñanza se recomienda en general el abordaje de la temática de Salud Pública asumiendo una perspectiva dialógica y problematizadora, que supere los límites estrechos de las áreas de conocimiento para construir la transdisciplinariedad que, se corresponda con las múltiples dimensiones del objeto de reflexión.

Es necesario superar falsas dicotomías y proceder de manera que la teoría acompañe a la práctica y la práctica sea capaz de generar teoría. En relación a la oposición generalista-especialista, se recomienda una estrategia que parta del especialista y llegue al generalista a través de experiencias diversas. En el mismo sentido, se propone una más amplia utilización del personal de los servicios en actividades docentes y una práctica orientada por la idea de actuar localmente y pensar globalmente.

El problema de la relación entre las Escuelas de Salud Pública y las necesidades del contexto social se vincula a diferentes etapas de evolución de la problemática de Salud Pública, en un momento preocupada por las exigencias provenientes de la expectativa puesta en el desarrollo y en la actual coyuntura obligada a hacerse cargo de problemas de administración y gestión. La Salud se va construyendo a lo largo del proceso histórico como campo de intersección de disciplinas y enfoques.

Las múltiples perspectivas volcadas en el debate pueden sintetizarse en tres grandes líneas de reformulación, propuestas por diferentes participantes como posibles estrategias para dar respuesta a los desafíos emergentes de la crisis.

Una primera estrategia propuesta parte de una diferenciación en el rol de los profesionales de salud. En un sentido más general, en su condición de ciudadanos, participan del debate público vinculado a la problemática social y política relacionada con las condiciones de salud. En su área de intervención particular, relacionada con su condición específica de especialistas, deben concentrarse en la lucha contra la enfermedad. Como integrantes de las Escuelas de Salud Pública, su mejor contribución en el interior del campo

de trabajo debe orientarse a la explicación de los factores que producen la enfermedad y la organización de las condiciones para su prevención y tratamiento.

La segunda estrategia analizada busca fortalecer el área de trabajo de la Salud Pública mediante la incorporación de otras disciplinas que puedan ampliar su capacidad de hacerse cargo de la problemática de salud-enfermedad. La vinculación entre salud y desarrollo sigue teniendo mucho peso en esta estrategia. Se trata de un objeto de trabajo complejo, que debe incorporar múltiples abordajes en el análisis de los problemas y en la formulación de caminos de transformación en salud, requiriendo por lo tanto el aporte compartido de diferentes campos del saber. La construcción de un nuevo campo para el abordaje de la problemática de salud-enfermedad en el desarrollo requiere el trabajo interdisciplinario, la conformación de equipos de salud que se alejen del paradigma biólogo curativo dominante y amplíen la esfera de intervención de la Salud Pública.

La tercera estrategia propuesta consiste en la delimitación de un nuevo objeto de trabajo. Este nuevo objeto de conocimiento se formulará a partir de la radical separación de lo que ha constituido la preocupación tradicional de la Salud Pública, abandonando incluso el calificativo de Pública, para ocuparse de algo que se reconoce como propio de la Salud y se define fundamentalmente como Capacidad para su desarrollo integral. Se trata de una nueva práctica de producción y utilización de conocimiento, basada en la construcción solidaria de una genuina Reforma para la Salud.

No se trata de una estrategia alternativa, sino de la apertura de un nuevo campo, no contradictorio con la existencia de otros, sin duda indispensables, como el relacionado con la organización de la respuesta social a la enfermedad. Puede proponerse una perspectiva de complementariedad o reforzamiento recíproco, si ambos campos se construyen con la suficiente autonomía.

Este nuevo campo, de carácter transdisciplinario, debería construirse en un espacio preferentemente académico, de manera de usufructuar las ventajas que la Universidad proporciona para la creación y difusión de conocimiento. Uno de sus ejes de preocupación debe ser la promoción de la salud, la educación permanente y los estudios de costo/beneficio. Pero su principal responsabilidad sería cumplir funciones de mediación entre:

- a) La construcción del conocimiento científico y la definición de habilidades, instrumentos y técnicas para operar en una realidad nueva.
- b) Grupos y actores sociales, que permitan la articulación de lo académico con los espacios donde se expresan las necesidades de la población y se elabora la agenda política de las cuestiones socialmente relevantes.
- c) El campo de Salud y las nuevas exigencias derivadas de la problemática ambiental y todas las necesidades vinculadas a la vida.

Teoría en salud pública: Desafíos para la educación

Un problema reconocido unánimemente por los participantes fue la debilidad de la investigación en las Escuelas. Situación que se relacionó tanto con la falta de recursos como con la inexistencia de experiencia en el campo de gran parte de los docentes. No hay tradición en investigación. El cuerpo docente no tiene la formación requerida para investigar y por consiguiente tampoco está en condiciones de dirigir investigaciones. La necesidad de reforzar tanto la dotación de recursos como la capacitación en metodología y técnicas de investigación se presenta como una demanda significativa entre los representantes de las Escuelas. Se concluye que las bases de producción de

conocimiento no son adecuadas, sea en las perspectivas epistemológicas, teórica y metodológica, sea en función de las deficiencias de infraestructura y de los límites del financiamiento y de las políticas de ciencia y tecnología en muchos países de la Región.

Es indispensable señalar que la situación no es homogénea. Por el contrario, en algunos países la investigación en Salud Pública ha tenido un desarrollo sustantivo, inclusive en investigación operativa.

En relación a cómo debería canalizarse lo investigativo, se convino en que la investigación debe articularse con la transformación de la realidad. Por lo tanto las escuelas deberían introducir, tanto en los servicios como en las otras áreas de práctica vinculadas a salud, esquemas de investigación, y a partir de ellos ir redefiniendo su proceso de producción de conocimiento, considerando el objeto salud/enfermedad/atención y la movilización de los sujetos comprometidos en la construcción de ese objeto.

Otro de los problemas señalados es la brecha que se produce entre el abordaje teórico, relacionado en particular con la epistemología, la filosofía, la sociología, la historia y la política, y las necesidades cotidianas a resolver por el personal de salud. Esto lleva a una demanda por conocimientos instrumentales que no siempre se satisface. La cuestión conduce a problematizar los contenidos de los programas de enseñanza. El lugar que debe ocupar en ellos el conocimiento de las disciplinas relacionadas con el campo social y económico vinculado a la emergencia y solución de los problemas de salud-enfermedad, y su articulación con las necesidades específicas de la organización y gestión de las prácticas cotidianas de los diferentes agentes que trabajan en el sector.

La crisis se inicia fuera del sector y se traslada luego a su interior. Esto lleva a definir dos grandes espacios en que sus exigencias deben ser resueltas. El espacio macro que se vincula, particularmente en América Latina, con la democratización, la reforma del Estado y del sector salud, y los problemas asociados a equidad y gobernabilidad. Y el espacio micro, no menos importante y dotado de exigencias inmediatas, relacionado con la producción de servicios de salud de atención individual o colectiva. Articular ambos espacios dando a cada uno la importancia que exige es uno de los imperativos en la construcción de una nueva teoría de la Salud Pública.

Uno de los problemas relevantes de conocimiento cuyo aporte a la Salud Pública sería positivo es el relacionado con los estudios sobre la pobreza. Los avances de la economía política y otras ciencias sociales sobre dicha temática podrían ser de gran utilidad, ya que su correlato necesario es el área de desarrollo humano.

Esa articulación supone elaborar una estrategia de corto plazo, y otra que seguramente deberá ubicarse en el mediano plazo y abarcar escenarios más amplios que el sectorial. También supone que ambos niveles tienen carácter estratégico y se otorgan legitimidad recíproca, fortaleciéndose por lo tanto mutuamente. Otro de los aspectos a enfatizar es que la articulación entre academia, servicios y población debe incorporar además la intervención de otros actores, que son protagonistas en la construcción de la opinión pública.

Declaración de la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública

Equidad, Sustentabilidad, Democracia: Salud y Educación en Salud Pública para el Siglo XXI

Los participantes en la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, llevada a cabo en Río de Janeiro entre el 14 - 18 de agosto de 1994,

Consideran que:

- La salud es fundamental para el desarrollo humano, pero las inequidades en el acceso a sus pre-requisitos básicos (en lo social, lo económico, lo político, lo ambiental y en la atención de la salud), significan una enorme pérdida de capacidad humana.
- Los cambios que están ocurriendo en la mayoría de nuestros países pueden favorecer el alcance de los objetivos y expectativas en salud, pero pueden también profundizar las deficiencias del sistema de respuestas sociales a las necesidades en salud.
- La reforma en salud comprende tanto la reforma para la salud (que involucra los pre-requisitos básicos), cuanto la reforma de los sistemas de salud pública y atención médica como medio para asegurar la cobertura total de la población.
- El alcance de mayores niveles de equidad, la seguridad de una actividad económica que sea ecológicamente sustentable para las presentes y futuras generaciones y la promoción de una democracia participativa, en la cual aquellos que toman decisiones acerca de la salud sean responsables ante quienes vean afectada su salud, son elementos esenciales para la promoción integral de la salud.

Declaran que:

- El papel de la salud pública consiste en fortalecer la capacidad de la sociedad para construir su salud y realizar completamente su potencial humano.
- A ese fin, deberá desarrollarse una verdadera **coalición para la salud** que lidere y sostenga el diálogo sobre la misma, involucrando a las comunidades en un esfuerzo abarcativo para crear mejores condiciones para la salud, dirigiendo los recursos de la sociedad para promover el desarrollo local y propiciando una descentralización del poder hacia los gobiernos locales.
- Con relación a la reforma de los sistemas de salud pública y atención médica, deberá examinarse críticamente las condiciones de eficiencia de las organizaciones para ofrecer acceso universal a los servicios, así como la eficacia y la calidad de las prácticas que orientan a mejorar la salud de la gente.

Proponen que:

- La educación en salud pública deberá dirigir sus acciones hacia los determinantes de la salud y al desarrollo de políticas, programas y actividades que mejor promuevan salud, procurando los más altos niveles posibles de desarrollo humano, fundamentados en los valores de equidad, sustentabilidad y democracia.
- Será necesario desarrollar una red de centros educacionales y productores de conocimiento, con concepción transdisciplinaria e internacional, que abarque desde la educación de la población hasta la formación doctoral. Las escuelas y programas de salud pública constituyen nodos importantes de esta red.
- A fin de contribuir efectivamente a la reforma para la salud y a la reforma de los servicios de salud pública y atención médica y a efecto de participar mas efectivamente en la educación en salud pública, las instituciones y programas involucrados deberán afrontar diversos desafíos:

- a. El desarrollo de una nueva ciencia basada en un nuevo entendimiento de la salud.
- b. El establecimiento de un transparente sistema de valores para la salud pública basado en la equidad, la sustentabilidad y la democracia.
- c. El fortalecimiento de las relaciones entre los trabajadores de salud pública y las comunidades locales por un lado, y entre cuerpo docente y estudiantes por el otro.
- d. El fortalecimiento de las oportunidades de enseñanza interdisciplinaria, a fin de que los estudiantes de salud pública puedan aprender integradamente al interactuar con esas disciplinas.
- e. La valorización de métodos de investigación cualitativa en el mismo nivel de los cuantitativos, reconociendo los aspectos relevantes de la sociedad como eje central de la calidad en la investigación.
- f. El restablecimiento de un balance entre enseñanza e investigación, que desafíe la actual primacía de los incentivos que recompensan más la investigación y su diseminación que la enseñanza y la práctica.

Y recomiendan que:

Reconociendo los profundos desafíos filosóficos, sociales y prácticos, impuestos por la necesidad de renovar la educación e investigación en salud pública, que pueda enfrentar la crisis y las necesidades de la reforma para la salud y la reforma de los sistemas de salud pública y atención médica, nos comprometamos a profundizar el debate acerca de estos temas y al necesario desarrollo de los mismos, tanto a nivel nacional como subregional y regional.

Asimismo, estimulemos a todas las instituciones involucradas, para que continúen apoyando el intercambio de ideas y experiencias en el campo de la educación e investigación en salud pública, a lo largo y ancho del Continente Americano.

Propuesta Conjunta para la Colaboración entre la ASPH - ALAESP

I. ASPH y ALAESP están de acuerdo con la meta común de consolidar y desarrollar el campo de la Salud Pública y de colaboración mutua.

II. Para reforzar esta colaboración ASPH y ALAESP trabajarán en conjunto para desarrollar una base de datos que caracterice las instituciones miembros de las dos organizaciones.

III. ASPH y ALAESP están de acuerdo en incrementar el intercambio de ideas por medio de:

- Facilitar el intercambio de alumnos y profesores entre las instituciones miembros.
- Organizar conjuntamente talleres para el desarrollo de profesores.
- Facilitar investigaciones colaborativas personales e institucionales.

IV. Para desarrollar e implementar estos objetivos ASPH y ALAESP nombrarán un comité conjunto integrado por tres miembros de cada organización.

V. Las dos organizaciones trabajarán para realizar la Segunda Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública en el año 1997.

VI. ASPH y ALAESP conjuntamente buscarán fondos para realizar estas metas.

Fuente: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, HSP/HSE, OPS.

La rabia humana en las Américas

En 1983 se inició la iniciativa regional para la eliminación de la rabia en las grandes y principales ciudades de América Latina, y desde entonces se ha observado un descenso del número de casos humanos en la Región. Inicialmente participaron en el programa 414 ciudades de 20 países, incluidas las capitales, con una población estimada en 155 millones de habitantes (56% de la población urbana total) y una población canina estimada en 16 millones. Las estrategias consisten en el desarrollo de campañas de vacunación masiva de perros en áreas endémicas con cobertura superior al 80%; mejoramiento de la atención médica a las personas expuestas al riesgo de rabia, y vigilancia epidemiológica. Asimismo, se ha promovido con éxito la participación social, la cooperación entre países y la articulación intersectorial, especialmente entre los sectores de salud y agricultura, que ha tenido en la Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (RIMSAs) el principal foro intersectorial para sostener la decisión política de eliminar la rabia.

Respecto a su situación, se pueden agrupar los países en tres categorías:

- Aquellos en los que nunca se ha registrado la rabia o que han logrado erradicarla completamente de su territorio (la mayoría de los países y territorios de habla inglesa del Caribe, Belice y Uruguay).
- Aquellos que han logrado controlar o eliminar la rabia en los animales domésticos acompañantes, especialmente perros y gatos, pero continúan teniendo rabia enzoótica en animales silvestres (Canadá, Costa Rica, Cuba, Chile, Estados Unidos, Granada, Guyana, Guayana Francesa, Panamá, Suriname y Trinidad y Tabago).
- Aquellos en los que el perro sigue siendo el principal transmisor de la rabia al hombre (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela).

El promedio anual de los casos notificados osciló entre 258 casos notificados durante el período 1970-1979 a 293 entre 1980-1989 (Cuadro 1).

Cuadro 1
Casos notificados de rabia humana, por país.

País	Promedio Anual		Año				
	1970-1979	1980-1989	1990	1991	1992	1993	1994
Área Andina	52	93	95	75	92	88	60
Bolivia	3	12	8	11	25	16	6
Colombia	12	18	12	5	8	5	2
Ecuador	18	23	12	20	36	31	11
Perú	12	34	62	37	22	34	41
Venezuela	7	6	1	2	1	2	0
Cono Sur	11	7	2	5	3	3	2
Argentina	8	1	0	0	0	0	1
Chile	1	0	0	0	0	0	0
Paraguay	2	6	2	5	3	3	1
Uruguay	0	0	0	0	0	0	0
Brasil	100	84	73	70	60	50	22
Centroamérica	23	37	9	8	30	37	30
Belice	1	1	0	0	0	0	0
Costa Rica	1	0	0	0	0	0	0
El Salvador	10	17	3	7	19	15	13
Guatemala	4	9	3	1	6	20	13
Honduras	4	7	2	0	2	0	1
Nicaragua	2	3	1	0	3	2	1
Panamá	1	0	0	0	0	0	2
México	62	65	69	48	35	29	24
Caribe Latinoamericano	7	7	3	6	4	6	5
Cuba	2	0	1	1	0	1	0
República Dominicana	3	4	1	2	1	1	2
Haití	2	3	1	3	3	4	3
Norte América	3	-	1	3	1	2	-
Canadá	1	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos de América	2	-	1	3	1	2	6
Total	258	293	252	215	225	215	149

Durante 1990-1994, tres países (Brasil, México y Perú) aportaron el 65% del total del número de casos de rabia humana notificados en las Américas y algunos países, incluidos Belice, Costa Rica, Chile y Uruguay, no han registrado casos humanos ni caninos desde 1990.

La rabia ha disminuido mucho en las ciudades, observándose, por ejemplo, que en 1989-1992 solo cuatro capitales presentaron casos de rabia humana, presentándose la mayoría de los casos en ciudades con menos de 50.000 habitantes. Asimismo, durante 1992 dos ciudades, Lima y Guayaquil, volvieron a registrar casos de rabia humana y canina después de haber estado exentas de casos, la primera ciudad por 10 años y la segunda por dos años.

La tasa de mortalidad específica ha disminuido de 1,3 casos registrados por millón de habitantes en 1980 a 0,3 por millón en 1993.

Según información obtenida de 692 casos notificados en la región de las Américas entre 1990 y 1992, la rabia se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de 6 a 20 años, y es más frecuente en hombres que en mujeres. En los Estados Unidos han ocurrido 33 casos de muertes por rabia humana durante el período 1977-1994.

La rabia canina también ha disminuido en América Latina de 20.518 casos promedio anual notificados entre 1980-1982 a un promedio de 8.069 para el período 1991-1993. Sin embargo, entre 1987 y 1990 se registró un aumento en el número de casos caninos en el Area Andina y México, que juntos aportaban el 89% de los casos caninos de América Latina. El promedio anual de casos en ese período fue de 17.655. Desde 1990 en México se inició un descenso progresivo del número de casos, alcanzando para 1993 una reducción del 83,9% en comparación con 1980.

En 1993, el 53,9% del territorio de América Latina estaría afectado por rabia transmitida por el perro. Esa área concentra unos 303 millones de habitantes y 35,5 millones de perros, cifras que representan el 64,2% y 71,5% del total regional de ambas poblaciones respectivamente. Durante el período 1990-1993, en los casos en que la fuente de infección fue identificada, el perro resultó ser la principal fuente para el hombre (84,1%), seguido por los quirópteros (7,2%), gatos (4,0%) y otros 4,7%. en el grupo "otros" se destacan entre otras especies animales silvestres, los zorros, monos y mapaches, si bien también figuran coyotes y lobos.

En los Estados Unidos y el Canadá, el 71,4% de los casos notificados en animales durante 1991-1992 ocurrieron en la fauna silvestre, especialmente en zorros (*Vulpes fulva* y *Urocyon cinereoargenteus*) en el Canadá y mapaches (*Procyon lotor*) y zorrinos (*Mephitis mephitis*) en los Estados Unidos. Las mangostas continúan siendo reservorios de la rabia en Cuba, Granada, Puerto Rico y la República Dominicana.

Los murciélagos hematófagos son un problema de importancia económica y de salud pública en América Latina, Guyana, Guayana Francesa, Suriname y Trinidad y Tabago. De las tres especies conocidas, el vector principal de la rabia en las Américas es el *Desmodus rotundus*, que se encuentra desde México hasta el nordeste de la Argentina. En las áreas de riesgo por agresiones por vampiros, la población humana se ha estimado en 19.960.000 y la bovina en 49.767.000. En los últimos cinco años la rabia humana transmitida por vampiros ha demandado especial atención por la presentación de brotes en grupos humanos que fueron expuestos a la rabia al desplazarse a los ecosistemas silvestres. Desde 1989 se han registrado 73 muertes humanas por rabia transmitida por vampiros. En América Latina se estima que las pérdidas anuales por rabia transmitida por vampiros superan los US\$ 40 millones, en términos de mortandad de ganado, pérdida de leche y carne, y devaluación de los cueros a causa de las mordeduras.

En la V Reunión de Directores de Programas Nacionales para la Eliminación de la Rabia realizada en Santo Domingo, República Dominicana, del 13 al 15 de febrero de 1995, se hizo una evaluación de los programas nacionales y se analizó la situación de la rabia en la región y cada uno de los países que la conforman.

Algunas de las recomendaciones más importantes se orientan hacia: el fortalecimiento de la capacitación de los recursos humanos y de los sistemas de vigilancia epidemiológica, incluyendo aquellos países considerados libres de rabia transmitida por el perro; el desarrollo de estrategias educativas dirigidas a la comunidad y al personal de salud; y el establecimiento de la Comisión Regional para la Eliminación de la Rabia en las Américas, entre otros.

El informe de la reunión de Santo Domingo puede ser solicitado al Programa de Salud Pública Veterinaria, de la OPS, 525 23rd St. NW, Washington, D.C. 20037 o por Fax: (202) 861-8188.

Fuente: División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, Programa de Salud Pública Veterinaria, HPC/HCV, OPS.

Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión

La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), es la más reciente revisión del trabajo iniciado en 1893 con la Clasificación de Bertillon o Lista Internacional de Causas de Muerte. Durante los últimos cien años se han hecho diez revisiones, y se ha pasado de las 161 causas de muerte de la Lista original de Bertillon a las actuales 2.036 categorías, organizadas en 21 capítulos.

Hasta la Quinta, las conferencias internacionales para la revisión eran convocadas por el Gobierno de Francia; a partir de la Sexta, en 1948, la responsabilidad de los trabajos de revisión, publicación y divulgación es de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Características

La necesidad de expansión del número de categorías disponibles en la Clasificación, resultado del descubrimiento de nuevas enfermedades (como el SIDA) y el mejor conocimiento de muchas otras, además de la necesidad de tomar en cuenta nuevos factores que influyen en el estado de salud, llevó a la adopción de un sistema alfanumérico de codificación en la Décima Revisión. Se utiliza una letra en la primera posición, seguida de dos (o tres) dígitos. Así, se llega a disponer de 2.600 categorías de 3 caracteres y 26.000 subcategorías de 4 caracteres (comparados con 1.000 y 10.000, respectivamente, en la CIE-9). Se usaron 25 de las 26 letras disponibles; la letra "U" quedó libre para atender a nuevas inclusiones y a estudios especiales "interrevisiones," razón por la cual se dispone efectivamente de 2.500 categorías, de las cuales son usadas 2.036. Luego de organizar las enfermedades en distintos capítulos y secciones, el total de capítulos alcanza 21.

El orden de los capítulos en la CIE-10 es casi igual al de la CIE-9. No obstante, los trastornos de la inmunidad, que en la CIE-9 habían sido clasificados junto con las enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y del metabolismo, en la CIE-10 se juntaron con las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. El nuevo capítulo, *III Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad*, se ubica después del capítulo de tumores (neoplasias) y con él comparte la letra D. Ya que no fue posible acomodar en una letra y 100 categorías de tres caracteres, todos los detalles requeridos en relación a las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, se crearon tres capítulos: *VI Enfermedades del sistema nervioso*, que utiliza la letra G; *VII Enfermedades del ojo y sus anexos* y *VIII Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas*, ambos bajo la letra H. Los capítulos de *Enfermedades del sistema genitourinario*, *Embarazo, parto y puerperio*, *Ciertas afecciones originadas en el período perinatal* y *Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas* se ubicaron en forma contigua, del XIV al XVII.

Hubo cambios importantes en los capítulos *V Trastornos mentales y del comportamiento*, *XIX Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas*, y *XX Causas externas de morbilidad y de mortalidad*. En la CIE-9 este último capítulo era una

clasificación suplementaria de causas externas de traumatismos y envenenamientos. La clasificación suplementaria de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, de la CIE-9, también pasó a ser un capítulo en la CIE-10, el XXI.

El sistema introducido en la CIE-9 de doble codificación de algunas enfermedades, conocido como sistema "daga-asterisco" o "cruz-asterisco," se mantiene y se amplía en la CIE-10 a unas 82 categorías de tres caracteres para uso opcional. La causa o enfermedad básica (etiología) lleva un código marcado con cruz o daga (+), y sus manifestaciones clínicas otro código, marcado con asterisco (*), para uso conjunto con el anterior. Un ejemplo es la codificación de tuberculosis de la columna vertebral, que se codifica en A18.0+ (Capítulo I - *Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias*) como causa básica y en M49.0* (Capítulo XIII - *Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo*) como manifestación clínica.

La Conferencia para la Revisión decidió mantener sin cambio las definiciones de nacimiento vivo y defunción fetal de la CIE-9, así como la de muerte materna. No obstante, se introdujeron dos definiciones adicionales para "muerte relacionada con el embarazo" y "muerte materna tardía." El propósito de estas es mejorar la calidad de los datos de mortalidad materna y proveer métodos alternativos de recoger datos sobre defunciones durante el embarazo o relacionadas con éste, así como sobre las defunciones por causas obstétricas acaecidas más de 42 días después de la terminación del embarazo. La Conferencia recomendó que los países consideren la inclusión en los certificados de defunción, de preguntas sobre estado de embarazo y sobre el embarazo durante el año anterior a la muerte. Además, según la CIE-10 el período perinatal comienza a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación (momento en que el peso al nacer es normalmente 500 gramos), y termina siete días completos después del nacimiento.

Con la CIE-10 se consolida el concepto de una "familia de clasificaciones," donde el núcleo básico es la Lista de Categorías de 3 Caracteres. Desde hace tiempo, especialmente desde la década de 1970, cuando se preparó la Novena Revisión, queda claro que es imposible tener una única clasificación que atienda todas las necesidades de organización del conocimiento en salud y que incluya en detalle todas las enfermedades conocidas, así como las causas externas, los factores sociales y ambientales que influyen en la salud, los procedimientos en medicina, discapacidades, información por personal no médico, etc.

Por consiguiente, la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Ginebra, Suiza, 1989) recomendó, y la 43 Asamblea Mundial de la Salud (1990) aprobó, en lo que se refiere al tema:

"Endosa las recomendaciones de la Conferencia referentes al:

- (1) Concepto e implementación de una familia de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud, teniendo como núcleo central la Clasificación Estadística Internacional de

Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, circundada por varias clasificaciones relacionadas o suplementarias a ella y la Nomenclatura Internacional de Enfermedades.

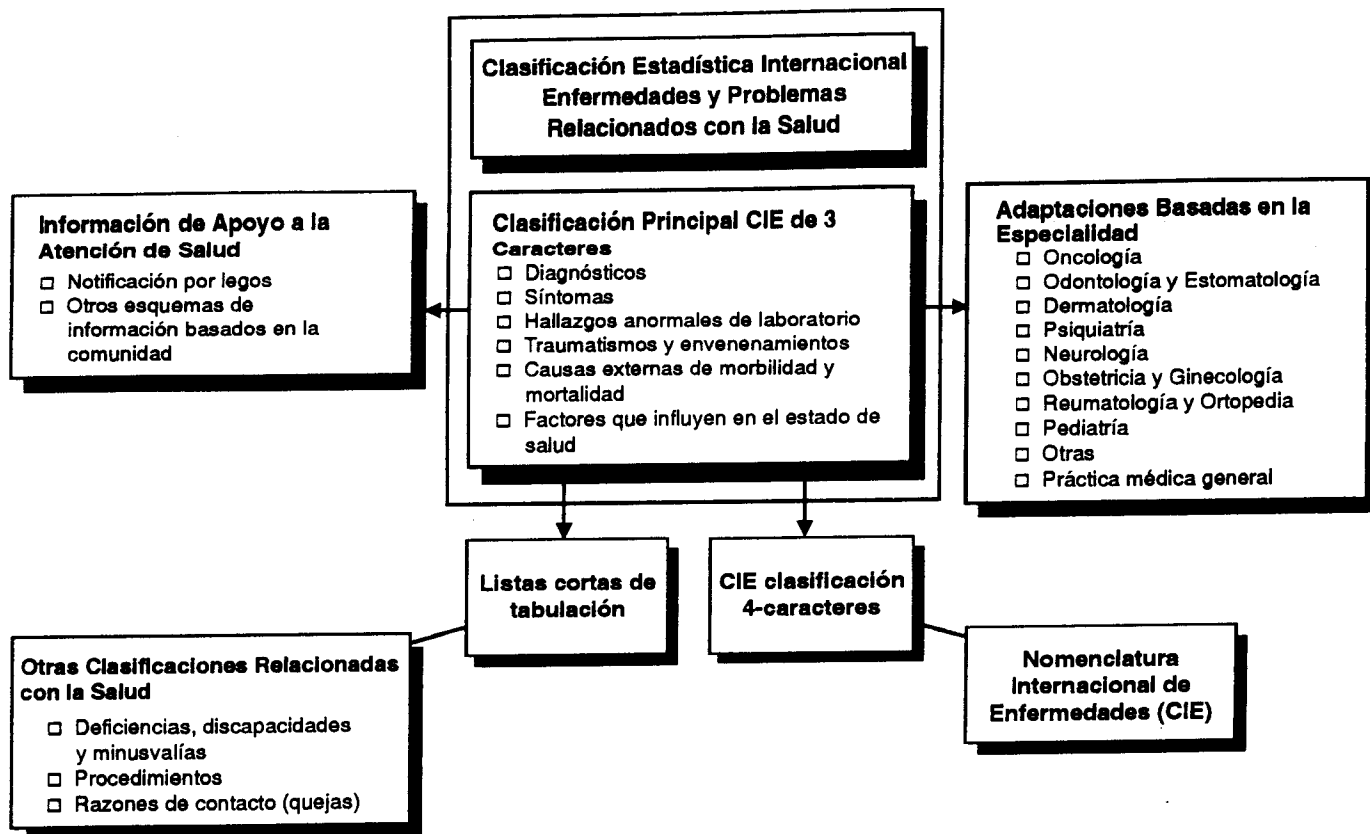
(2) Establecimiento de un proceso de actualización durante el ciclo de diez años de la revisión.”

(Informe de la 43 Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 1990).

El esquema con los “miembros” de la familia de clasificaciones se puede ver en la figura 1.

Figura 1

Familia de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud



La CIE-10 se presenta en tres volúmenes, con el siguiente contenido:

- Volumen 1

Introducción; Centros Colaboradores de la OMS para Clasificación de Enfermedades; Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión; Lista de categorías de tres caracteres; Lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres;

Morfología de los tumores [Neoplasias]; Listas especiales de tabulación para la mortalidad y la morbilidad; Definiciones; Reglamento.

- Volumen 2

Descripción de la CIE; Cómo usar la CIE; Reglas y guías para codificación de mortalidad y morbilidad; Presentación estadística; Historia del desarrollo de la CIE.

- Volumen 3

Índice Alfabético: Enfermedades y naturaleza de la lesión; Causas externas de morbilidad y mortalidad; Tabla de medicamentos y productos químicos.

Reunión de Centros Colaboradores - Caracas, 1994

Del 18 al 24 de octubre de 1994 el Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades (CEVECE), Centro Colaborador de la OMS para la Clasificación de Enfermedades en Español, recibió en Caracas, Venezuela, con motivo de la reunión anual de Directores de Centros Colaboradores, a los Directores de los demás Centros, entre ellos los de Brasil, Norteamérica, Países Nórdicos, Londres, Francia, Australia y Kuwait (el nuevo Centro Colaborador para el idioma árabe), así como representantes de varios Centros Nacionales, de la OMS y la OPS, y otros expertos

mundiales en la materia. En la Reunión, cada Centro Colaborador presentó un informe de sus actividades relacionadas con estudios especiales de morbimortalidad, capacitación de personal, y preparativos para la implantación de la CIE-10. Asimismo, se presentaron informes de actividades de la OMS, OPS y SEARO (Oficina Regional de OMS para el Sureste de Asia), e informes nacionales de actividades por representantes de Canadá, Holanda, México y Japón.

También hubo presentaciones sobre diversos estudios, tales como análisis de causas múltiples de mortalidad, uso del sistema de codificación daga-asterisco, uso de datos de mortalidad como información básica y complementaria en vigilancia epidemiológica, uso de la Clasificación de Procedimientos en Medicina y la de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, entre otras. Algunas presentaciones ameritan una mención especial:

- Selección automática de la causa básica de muerte por microcomputadora (SCB), presentada por el Centro Colaborador de Brasil (CBCD). La versión en español de este sistema computarizado para la selección de la causa básica de muerte deberá estar disponible a partir de 1996, como resultado de cooperación técnica entre la OPS y el CBCD. El sistema fue considerado de muy fácil manejo y gran utilidad.
- Mejoramiento de los datos básicos usando las lecciones de la CIE-9, presentado por el Programa Análisis de la Situación de Salud (HDA/HDP) de OPS. El estudio, muy bien recibido por los participantes de la Reunión, enfatizó la larga tradición de uso de la CIE en las Américas y el desafío actual de mejorar la cobertura y la calidad de los datos.
- Resumen histórico de los más de 40 años de actividades del CEVECE (Centro Venezolano), primer Centro de Clasificación de Enfermedades de Latinoamérica, y su contribución al desarrollo de las estadísticas de salud en el Continente.

Finalmente, fue discutida la implantación de la CIE-10, tema que se aborda a continuación.

Implantación de la CIE-10

A pesar de que la Conferencia Internacional para la Décima Revisión recomendó el uso de la CIE-10 a partir de enero de 1993, varios problemas han retrasado su implantación. Hasta el momento, muy pocos países empezaron a usar la CIE-10 para la codificación de

mortalidad y morbilidad. Dinamarca es uno de ellos, e inició el uso de la CIE-10 en 1994; ese país nunca utilizó la CIE-9, o sea, pasó directamente de la Octava a la Décima Revisión.

En casi todo el mundo se están haciendo preparativos para comenzar el uso masivo de la CIE-10 a partir de enero de 1996, como deberá ocurrir en casi toda la Región de las Américas.

Para la implantación de la CIE-10 en nuestra Región la OPS está preparando talleres subregionales de capacitación de personal para el uso de la misma. Estos se realizarán en el segundo semestre de 1995, previéndose tres en español, en actividad conjunta de la OPS con el CEVECE, y dos en inglés, para los países del Caribe, en actividad conjunta de OPS y el Centro de Norteamérica. A continuación de estos talleres, la capacitación y reorientación de codificadores a nivel nacional estará a cargo de los países.

La implantación de la CIE-10 en Brasil (en idioma portugués) será a partir del 1996 y estará a cargo del Centro Brasileño. En Norteamérica la CIE-10 se utilizará a partir de 1997 y luego se hará, retroactivamente, codificación doble (CIE-9 y CIE-10) con los datos de 1995 y 1996. Los países de habla francesa del continente comenzarán el uso de la CIE-10 entre 1996 y 1997, con el apoyo de los Centros de Norteamérica y Francia.

Para la implantación de la CIE-10 en la Región de las Américas, es necesario disponer de los tres volúmenes de la CIE en cada uno de los idiomas. La situación en marzo de 1995 es la siguiente: idiomas inglés y francés, disponibles los 3 volúmenes; portugués, disponibles los volúmenes 1 y 2, volumen 3 en preparación. Español, en imprenta el volumen 1, en revisión el 2 y en preparación el volumen 3 (Índice).

Es importante mencionar que la implantación de una nueva Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades no significa apenas el cambio de los códigos asignados a enfermedades y problemas relacionados con la salud. Más allá, debe ser aprovechada como una oportunidad para la revisión de todo lo que se refiere a las estadísticas de salud y el análisis de la situación de salud, elementos indispensables para apoyar la toma de decisiones y la implementación de políticas y programas dirigidos a mejorar la situación de salud de la población, entendiendo la salud como un derecho inherente a la naturaleza humana y elemento básico para un desarrollo personal y social integrales y con equidad.

Fuente: División de Salud y Desarrollo, Programa de Análisis de Situación de Salud, HDP/HDA, OPS.

El Boletín Epidemiológico de la OPS se publica en forma trimestral en inglés y español.
Forma parte de la colección de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
Impreso en papel sin ácido.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-Third Street, N.W.

Washington, DC 20037